

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

196

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 7 Février 1900, à 1 heure

PAR

M. Saurin MÉRÉSSE

Né à Quiévy (Nord), le 1^{er} Avril 1875

DU ZONA

DANS

LES INTOXICATIONS

ET EN PARTICULIER

DANS L'URÉMIE

Président : M. BRISSAUD, professeur.

Juges : MM. DEJERINE, professeur.

GILLES DE LA TOURETTE et LEGUEU,
agregés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1900

THÈSE

N°

196

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 7 Février 1900, à 1 heure

PAR

M. Saurin MÉRASSE

Né à Quiévy (Nord), le 1^{er} Avril 1875

DU ZONA

DANS

LES INTOXICATIONS

ET EN PARTICULIER

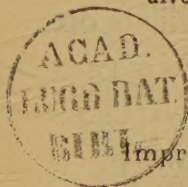
DANS L'URÉMIE

Président : M. BRISSAUD, professeur.

Juges : MM. DEJERINE, professeur.

GILLES DE LA TOURETTE et LEGUEU,
agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical



PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1900

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS	MM.
Anatomie.....	FARABEUF
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	LANDOUZY
Hygiène.....	PROUST
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	N...
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE
	POTAIN
Clinique médicale.....	JACCOUD
	HAYEM
	DIEULAFOY
	GRANCHER
Maladies de enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des mala-	
dies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux..	RAYMOND
	BERGER
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY
	LEDENTU
	TILLAUX
Clinique ophtalmologique.....	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..	GUYON
Clinique d'accouchement.....	BUDIN
	PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIER	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE .

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

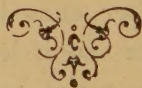
Introduction

Nous avons eu dernièrement l'occasion de voir, dans le service de M. le docteur OEttinger, à l'hôpital Broussais, une malade brightique qui, au cours d'accidents urémiques, présenta tout d'un coup une éruption de zona. Ce fait, vraiment intéressant, nous donna l'idée de ce travail. M. le docteur OEttinger, que nous avons à cœur de remercier ici pour sa bienveillance à notre égard, nous communiqua deux observations analogues recueillies dans le service durant ces cinq dernières années, et il nous engagea à étudier le zona d'une manière générale dans les intoxications, et en particulier dans l'urémie. Nous nous sommes donc efforcé de réunir le plus grand nombre possible d'observations ayant trait à cette question. C'est le résultat de ces recherches que nous présentons dans ce modeste travail. Nous y étudions d'abord le zona au cours des intoxications par un corps chimiquement défini : oxyde de carbone, iodure de potassium, arsenic, plomb. Puis, après quelques mots sur un cas de zona dans une intoxication d'origine

alimentaire, observation qui nous sert en quelque sorte de transition, nous passons à l'étude de l'herpès zoster dans les deux grandes auto-intoxications de l'organisme : le diabète et l'urémie. Enfin nous terminons ce travail en essayant d'esquisser une vue d'ensemble de la symptomatologie du zona dans les intoxications.

Avant d'aborder notre sujet, nous avons à cœur d'adresser ici nos sincères remerciements à tous nos Maîtres des hôpitaux, qui nous ont dirigé et aidé de leurs conseils durant le cours de nos études médicales.

Que M. le Professeur Brissaud veuille bien agréer l'expression de notre vive reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.



Historique

Un certain nombre d'auteurs ont signalé les intoxications dans la pathogénie du zona. C'est d'abord, en 1865, Leudet (1) qui, dans un mémoire remarquable « sur les troubles des nerfs périphériques consécutifs à l'empoisonnement par la vapeur du charbon » relate l'histoire de deux cas d'éruptions zostériennes qu'il n'hésite pas à rattacher à l'intoxication oxycarbonée. En 1876, Lomier (2) dans sa thèse inaugurale sur l'étiologie du zona cite les deux cas de Leudet, mais sans paraître bien convaincu de la relation que celui-ci établit entre l'éruption de zoster et l'intoxication par l'oxyde de carbone : « Je n'aurais pas eu l'idée, dit-il, de considérer que la vapeur de charbon pût exercer quelque influence sur le développement de l'herpès zoster si je n'avais trouvé le fait suivant mentionné dans les archives générales de médecine. Je laisse le lecteur juge du

(1) Leudet. Archives générales de Médecine, mai 1865.

(2) Lormier. Etiologie du zona. Thèse de Paris, 1879, p. 56.

plus ou moins d'importance qu'il doit attribuer à cette cause ». Ce même auteur rapporte un cas de zona chez un saturnin, un autre dans une intoxication d'origine alimentaire (moules), celle enfin d'Hutchinson concernant une malade soumise à une médication arsenicale prolongée et qui eut une éruption d'herpès zoster ; il ne songe nullement à rapprocher ces faits et à se demander si dans ces cas le zona n'est pas en rapport avec l'intoxication.

Maintenant qu'on a bien établi les rapports du zona avec certaines maladies infectieuses, qui sont surtout des intoxications, telles que la pneumonie, la tuberculose, la rougeole, personne n'oserait soutenir qu'il n'y ait aucun rapport entre le zona et les intoxications, lorsque ces deux ordres de faits se rencontrent chez le même individu.

Mais nous ne croyons pas qu'on ait encore songé à étudier la question à ce point de vue. C'est qu'en effet, lorsqu'on cherche dans la bibliographie médicale les cas de zona survenus au cours des intoxications, on est frappé de leur rareté. Cela tient peut être à ce que l'attention n'a pas été souvent attirée sur ces cas et aussi sans doute à ce qu'ils n'ont pas été tous publiés. Quoi qu'il en soit, nous allons passer en revue les différents cas que nous avons trouvés ; nous nous sommes efforcé d'en réunir le plus possible, mais cette énumération sera sans doute incomplète, car nous n'osons espérer avoir réuni tous les cas de

ce genre, surtout ceux qui pourraient se trouver dans les bibliographies médicales étrangères. Voyons d'abord le zona dans l'intoxication par l'oxyde de carbone.



Zona dans l'intoxication par l'oxyde de carbone

Tous les auteurs qui se sont occupés des accidents causés par l'oxyde de carbone ont pris soin de noter les manifestations cutanées qu'on voit survenir au cours de cette intoxication. Dès 1865, Leudet (1), dans les Archives générales de Médecine, en même temps qu'il signale les deux cas de zona que nous analyserons tout à l'heure, décrit d'autres troubles du côté de la peau. Il cite en particulier une observation du Dr Hasse où il y eut à la fois pemphigus, eschare et abcès multiples. Dans l'Union Médicale, année 1882, M. Rendu (2) retrace l'histoire d'une femme intoxiquée par l'oxyde de carbone, et qui présenta une plaque d'œdème dur, dont il explique l'apparition par l'irritation des nerfs périphériques. Dans ce même journal, à la date du 4 avril 1861, le même auteur donne l'observation d'un malade empoisonné

(1) Leudet. Loco citato.

(2) Rendu, Union médicale, 1882, page 386.

par les vapeurs de charbon et qui présenta une douleur plantaire expliquée par la présence de deux grosses ampoules phlycténoïdes, contenant un exsudat gélatiniforme, et apparues moins de vingt heures après l'intoxication ; l'auteur croit à une névrite causée par l'asphyxie. Enfin Bruneau (1), dans sa thèse inaugurale, passe en revue les différents troubles trophiques et vaso-moteurs qu'on peut rencontrer au cours de l'intoxication oxycarbonée. Il signale les phlyctènes (cas de M. Rendu), le pemphigus, des plaques rouges de congestion, véritables ecchymoses, l'œdème, les eschares, panaris, anthrax, et il signale le zona, songeant sans doute aux cas de Leudet. Nous n'avons trouvé en effet aucune autre observation que les deux cas auxquels nous avons déjà fait allusion et que nous reproduisons ici.

OBSERVATION I (2)

Holding (Alexandre), âgé de 30 ans, chauffeur anglais à bord d'un remorqueur, est apporté, le 20 novembre 1863, le

(1) Bruneau. — Contribution à l'étude de l'intoxication par l'oxyde de carbone. Thèse de Paris, 1893.

(2) Leudet. — Archives générales de médecine, mai 1865, Obs, I,

matin, dans mon service à l'Hôtel-Dieu, et couché au lit 34 de la salle 19. Dans la soirée du 19, Holding, bien portant, se couche dans sa cabine, ayant fermé préalablement les ouvertures et allumé pour se réchauffer du charbon de bois avec un peu de houille dans un récipient en métal. Le lendemain matin, vers cinq heures, il fut trouvé sans connaissance dans son lit par un de ses camarades ; les couvertures n'étaient point dérangées et le vase contenant du charbon n'avait pas été renversé.

Le 20, à huit heures du matin, Holding était dans l'état suivant : coma, absence complète de connaissance, insensibilité générale à la piqure, pâleur de la face, rougeur en ligne à la partie postérieure, externe et médiane de chaque avant-bras, allongée suivant le trajet du nerf radial, sans tuméfaction du tissu cellulaire sous-jacent ; ces rougeurs légères étaient plus marquées à droite qu'à gauche ; les vêtements qui recouvraient les deux avant bras étaient intacts et ne présentaient aucune trace de brûlures. A la tempe droite, vers le bord externe de l'orbite, existait une petite plaque de rougeur, sans tuméfaction, analogue à celle des avant-bras. Refroidissement des extrémités, pupilles dilatées ; pouls petit, fréquent. Un sinapisme à chaque mollet, électrisation des membres supérieurs et inférieurs ne causant aucune douleur et pas de contraction musculaire.

A une heure et demie, cessation du coma. Holding ouvre les yeux par moments, ne répond à aucune question et les referme ensuite.

A quatre heures du soir, Holding est retombé dans le coma. — Vésicatoire à chaque mollet, saignée du bras de 250 gr.

Le sang extrait de la saignée est très rose et non coagulé.

21 novembre. — Le coma persiste encore, pas de stertor, face pâle, 128 pulsations, résolution des membres ; quelques vésicules herpétiques se sont développées à la tempe droite, où la rougeur a diminué ; elle a plutôt augmenté à la face postérieure de l'avant-bras droit, mais il n'y existe pas de vésicules ; à l'avant-bras gauche, elle a presque disparu urines involontaires. — Lavement avec 100 gr. de sel, julep avec 15 gouttes de teinture de coloquinte.

Le 22, le coma a persisté jusque dans la nuit dernière. Ce matin, peau sudorale, 72 pulsations, intelligence très bonne. Holding ne se rappelle aucun des phénomènes qui se sont succédés depuis son entrée ; aucun trouble de la vue. Holding n'accuse aucune douleur, seulement une sensation d'engourdissement dans les trois derniers doigts de la main droite, qui s'étendent difficilement ; la demi-flexion dans laquelle ils sont maintenus peut être, par contré, légèrement exagérée ; les deux premiers doigts de cette main conservent leurs mouvements d'extension et de flexion presque normaux ; une dizaine de petits groupes d'herpès, du volume d'une tête d'épingle, se sont développés sur la partie moyenne et un peu interne de l'avant-bras droit ; la rougeur préexistante siégeant un peu en dehors d'eux, s'est fondue en une rougeur uniforme, oblongue, ayant près de 3 centimètres de hauteur sur 1 et demi de largeur ; elle paraît s'accompagner d'un engorgement du tissu cellulaire sous-cutané ; sensibilité normale sur ce point, comme dans toute l'étendue des doigts ; eschare à la partie inférieure du sacrum de la largeur de la paume de la main, brunâtre,

sans rougeur périphérique. — Tisane vineuse ; lavement purgatif ; deux bouillons.

Du 23 au 30 novembre, Holding reste à peu près dans le même état, la connaissance est redevenue complète, apyrexie, même impossibilité de l'extension des trois derniers doigts de la main droite ; dessication rapide des groupes d'herpès, diminution de la rougeur ; intégrité de la sensibilité. des mouvements de flexion des doigts, de la main et de l'avant-bras ; disparition de la rougeur de la face postérieure de l'avant-bras gauche, de la tempe droite, où les groupes d'herpès se sont desséchés ; l'eschare du sacrum s'entoure d'une auréole rouge et commence à se décoller vers la fin de cette époque ; appétit normal, ni dyspnée, ni paralysie des membres inférieurs.

1^{er} décembre. — Même état ; développement en arrière de la cuisse droite sur le trajet du sciatique, d'une vingtaine de groupes de vésicules d'herpès, avec une base très légèrement rouge. Les vésicules ont le volume d'une pointe d'épingle ; un certain nombre d'entre elles remontent sous forme d'une bande verticale, sur la fesse droite, à partir de l'émergence du nerf sciatique jusqu'à la crête iliaque. Peu de douleur locale, pas de fourmillements, de troubles de la sensibilité ou de la motilité à la cuisse ou à la jambe.

Les jours suivants l'herpès se dessèche à la cuisse.

Du 5 au 20 décembre, état général bon ; Holding ne se plaint que d'une douleur au niveau de l'eschare du sacrum, dont la partie mortifiée est en partie détachée. Les injections avec la teinture d'iode sont pratiquées dans la partie décollée de l'eschare. A la fin de cette période l'élimination de l'eschare est complète. La plaie se recouvre de bourgeons

charnus, et son diamètre se rétrécit de plus en plus. L'état de l'avant-bras droit est resté le même ; la tuméfaction locale a diminué, ainsi que la rougeur, mais l'extension est presque impossible dans les trois derniers doigts de la main droite ; elle est moins étendue que dans l'état normal, dans l'indicateur et même dans le pouce. L'électrisation pratiquée sur le trajet des nerfs et dans les muscles extenseurs des doigts ne provoque ni mouvements, ni douleurs. A la face interne de l'avant-bras, au bras et partout ailleurs, l'électrisation produit des effets normaux.

Le 24 décembre, Holding sort dans le même état.

OBSERVATION II (1)

Asphyxie par la vapeur de charbon ; zona développé au onzième jour de la maladie, sur le trajet facial des branches terminales du trijumeau.

Quesney (Pierre-Auguste), âgé de 70 ans, entre le 10 février 1863, à l'hospice général de Rouen (service de M. Gressent). Q... s'exposa, pour se suicider, aux vapeurs de charbon en combustion et tomba dans son cabinet s'étant fait des brûlures au second degré aux avant-bras et aux mains. Il est apporté, l'après-midi du même jour à l'hospice, présentant des signes de congestion pulmonaire et cérébrale.

(1) Leudet. — Archives générales de médecine, mai 1865, observ. III.

Saignées aux plis des coudes, ne donnant qu'une petite quantité de sang.

Le malade, qui était dans la somnolence et répondait difficilement, est plus éveillé le lendemain. On constate de l'emphysème pulmonaire avec quelques crachats pneumorrhagiques.

Les brûlures superficielles sont cicatrisées, lorsque, le 21 février, apparaît, sur la moitié gauche de la face, un zona qui suit les branches faciales du trijumeau. Les vésicules se rencontrent sur le front, au-dessus de l'orbite, dans la direction de la branche frontale ; sur la joue, au-dessous de l'orbite sur les rameaux terminaux du sous-orbitaire, au menton, sur les filets mentonniers.

L'état du malade avait été en s'améliorant jusqu'au 6 mars ; à partir de ce jour se manifeste une congestion pulmonaire avec crachats pneumorrhagiques ; un vésicatoire appliqué le 7 mars, est rouge et enflammé le 10, avec un bord noirâtre au niveau de l'angle de l'omoplate ; l'état général et local du poumon s'aggrave graduellement, et Q... meurt comateux le 13 mars 1863.

L'autopsie n'a pas été faite.

Analyse de ces deux observations :

Nous ne pouvons, d'après ces seules observations, tracer le tableau clinique du zona dans l'intoxication oxycarbonée ; mais il est bon néanmoins d'y relever certaines particularités. Pour ce qui est de l'époque

d'apparition de ces accidents, elle serait plutôt tardive : c'est au onzième jour de son intoxication que le second malade a fait son éruption herpétique ; dans le premier cas, il est vrai, deux petites poussées se sont produites dans les jours qui ont suivi immédiatement l'intoxication, mais ici même la poussée qui paraît avoir eu le plus d'importance au point de vue en tous cas du nombre des groupes d'herpès, s'est produite une dizaine de jours également après l'accident. En se basant sur ces deux cas, on peut donc dire que le zona paraît être de préférence une complication tardive de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. Autre point digne de remarque : c'est l'évolution du zona chez le premier malade par poussées successives, survenant à intervalles plus ou moins inégaux ; c'est une particularité que nous retrouverons plusieurs fois au cours de ce travail. Au point de vue de la localisation des éruptions, celles-ci paraissent dans les deux cas être restées limitées à des territoires nerveux ou même avoir suivi le trajet des nerfs. Il est donc tout naturel que Leudet songe à expliquer ces troubles cutanés par l'existence de névrites dépendant elles-mêmes de l'intoxication, c'est-à-dire ici des modifications chimiques du sang. Enfin, il est un autre caractère de ces zona qui n'est pas sans importance : c'est que l'éruption est ici toute la maladie ; l'élément névralgique n'existe pas. Il n'est pas question de ces violentes douleurs qui sont la règle dans le « zona essentiel. » Il est

vrai que dans le premier cas, deux petites poussées d'herpès se sont produites au moment où le malade était à peine sorti de son coma, et dans ces conditions le système nerveux était profondément troublé ; la sensibilité générale faisait même totalement défaut le premier jour. Mais chez ce même malade, la poussée d'herpès qui survint dix jours après le long du sciatique, se produisit également sans douleur, et à une époque où l'équilibre était rétabli dans le système nerveux. L'éruption du second malade, qui suivit le trajet des branches du trijumeau, était sans doute aussi indolore, car le symptôme douleur aurait été certainement noté s'il avait existé. Du reste, ces éruptions d'herpès zoster n'ont été accompagnées d'aucun trouble de sensibilité : pas d'anesthésie ni d'hyperesthésie, pas ou presque pas de troubles dans la motilité ; à peine rencontre-t-on chez le premier malade une certaine difficulté à étendre les trois derniers doigts de la main droite.

Tels sont les caractères qu'il nous a paru intéressant de relever, et que du reste nous retrouverons pour la plupart au cours de cette étude.



Zona dans l'iodisme

On pourrait supposer que les éruptions de zôna sont chose fréquente dans l'intoxication par l'iodure de potassium, où les manifestations cutanées jouent un si grand rôle ; et pourtant il n'en est rien : c'est à peine si le zona est signalé par les auteurs qui se sont particulièrement occupés de la question. Miss Bradley (1), dans une thèse remarquable intitulée : « L'iodisme », passe en revue les accidents cutanés qui peuvent survenir par suite de l'absorption d'iodure de potassium. Elle décrit successivement le prurit, les érythèmes, l'urticaire, des éruptions papuleuses et pustuleuses, les noyaux sous-cutanés, le purpura iodique, et pour chacune de ces manifestations, elle apporte des observations à l'appui ; mais dans cette énumération il n'y a aucune place pour le zona. Pourtant à l'index bibliographique de cet excellent travail

(1) Bradley. — L'Iodisme. Thèse de Paris, 1887.

nous avons trouvé l'indication suivante : « Drapèr. — Iodisme et Zoster (Med. surg. Reporter. Phil. 1884). » Malheureusement il nous a été tout-à-fait impossible de nous procurer cet article où, s'il faut en croire le titre, nous aurions sans doute trouvé des exemples de zona dans l'iodisme. — M. le Professeur Fournier, dans son livre sur le « Traitement de la syphilis » décrit, outre l'acné iodique, trois formes d'éruptions : type bulleux (pemphigus), type furunculo-anthracoïde, type pustulo-crustacé ; mais il ne mentionne pas non plus le zona. Enfin nous avons cherché également dans la thèse inaugurale de Trouchaud (1) sur les manifestations cutanées de l'iodisme. Ici encore nous avons trouvé l'acné, le purpura, les érythèmes, les nodosités sous-cutanées : mais du zona il n'en est pas question. En sommes, nous ne pouvons citer que le cas rapporté par M. Jacquet et consigné dans les Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux (séance du 6 mai 1898). Nous reproduisons ici cette observation.

Zona ophtalmique et névralgie du nerf facial, sans paralysie, dus à l'iodure de potassium. par M. Jacquet

Je vous présente un malade atteint de rhumatisme blennorrhagique chronique et ancien, chez qui est survenu

(1) Trouchaud. — Manifestations cutanées de l'iodisme. Thèse de Paris, 1894-95.

brusquement, il y a quinze jours, un zona ophthalmique léger, du côté droit.

Le lendemain, violente douleur spontanée, mais surtout à la pression, au-dessous de l'oreille droite, au point précis où le facial émerge de l'aqueduc de Fallope. Pression très douloureuse également sur le trajet des branches supérieure et inférieure du nerf, sur tous les muscles de la face à droite et au niveau du muscle occipital, qui reçoit lui aussi un rameau du facial.

Le tronc du sous-orbitaire et celui du maxillaire inférieur ne sont pas anormalement sensibles.

Le surlendemain, un peu de rougeur surmontée d'une vésicule au-dessous de la région mastoïdienne, puis tout rétrocede lentement ; nulle trace de paralysie ou de parésie faciale.

Il y a donc véritable névralgie de la 7^e paire, sans paralysie faciale et sans névralgie des nerfs maxillaires, capables de communiquer au facial, par récurrence, une sensibilité aussi vive.

Cet ensemble est survenu exactement du troisième au quatrième jour après l'administration quotidienne de deux grammes d'iodure de potassium, et j'hésite d'autant moins à l'imputer à ce médicament, que déjà, à deux reprises, mon malade en avait ingéré avec les conséquences que voici : 1^o Il y a quatre ans, deux grammes d'iodure et une cuillerée de sirop de Gibert furent suivis quelques jours plus tard d'une paralysie faciale gauche de six semaines de durée ; 2^o Il y a deux ans, l'ingestion de l'iodure amena de vives douleurs dorso-lombaires.

Pour ma part, c'est la deuxième fois, au moins, que je vois une névralgie du facial survenir sous l'influence de l'iodure.

Ces divers troubles nerveux, beaucoup d'autres encore, sans doute, trouvent une explication satisfaisante dans les

lésions cellulaires nerveuses que Nageotte et Etlinger ont récemment décrites dans l'intoxication iodo-potassique.

C'est encore ici une observation de zona léger : la douleur fait encore défaut. En revanche, presque en même temps que l'éruption zostérienne éclate une névralgie du facial sans rapport avec le zona, mais dépendant elle aussi de l'administration de l'iodure. Bien qu'étant unique, cette observation nous semble concluante, et il nous paraît difficile de ne pas établir de rapport entre l'absorption quotidienne d'iodure et cette éruption de zoster ; car il s'agit d'un malade qui supportait mal l'iodure, qui déjà, plusieurs années auparavant, avait eu à deux reprises différentes, des accidents après ingestion de ce médicament. Pour nous, nous ne serions nullement surpris que les faits de ce genre deviennent plus nombreux lorsque l'attention des observateurs sera attirée sur ce sujet.



III

Zona dans l'intoxication par l'arsenic

Le zona compliquant l'intoxication par l'arsenic n'est pas cité dans les traités classiques. Dans le traité de médecine de MM. Brouardel et Gilbert par exemple, on voit signalées à ce chapitre des éruptions diverses : érythème, urticaire, vésico-pustules ; mais il n'est fait aucune mention du zona. Pourtant nous avons pu réunir deux observations de ce genre, que nous devons à la bibliographie étrangère. L'une est une observation allemande consignée dans la thèse de Jaeschke (1882) (1) « sur les paralysies dans l'intoxication aiguë par l'arsenic » et citée dans la thèse d'agrégation de M. Brissaud. Il s'agit d'un zona thoracique siégeant dans le sixième espace intercostal droit, s'accompagnant d'une diminution de la sensibilité, sans troubles de la motilité. Ce zona survint

(1) Jaeschke. — *Über Lahmungen nach acuter arsenik — vergiftung*. Thèse de Breslau, 1882.

au cours d'une paralysie arsenicale. Jaeschke estime que cette éruption est en rapport avec l'intoxication. « Bien que, dit-il, les dermatologistes de nos jours soient portés à considérer l'herpès zoster comme une maladie infectieuse, il est difficile, dans le cas particulier, d'admettre que ce dernier ait évolué à côté de la paralysie, sans avoir de rapport avec elle, et qu'il n'y ait eu là qu'une simple coïncidence ».

Le second cas que nous avons trouvé, est relaté dans les « Ophthalmic Hospital Reports (année 1869), et est dû à Hutchinson. Voici cette observation traduite en français :

OBSERVATION XXVII

Zona ophthalmique après usage de l'arsenic. Pas de vésicules sur le nez, ni d'inflammation de l'œil (1).

Anne Robins, âgée de 44 ans, fut soignée par moi à l'hôpital, depuis le 9 avril, pour une maladie de la peau, pour du psoriasis. Je lui ordonnai six gouttes de liqueur arsenicale deux fois par jour. Le 24 juin la dose fut diminuée et ramenée à 3 gouttes trois fois par jour. Lorsqu'elle vint le 12 juillet, elle présentait les traces d'une éruption sur le côté droit du front, éruption qu'elle disait être apparue une

(1) Hutchinson. — Ophthalmic Hospital Reports. Vol. 6, 1869. Page 47.

quinzaine auparavant, et qui s'était entièrement limitée au côté droit du front. Au commencement de l'attaque de zoster, elle avait ressenti une grande douleur sur tout le côté droit du front, douleur qui avait persisté pendant deux jours ; alors un grand nombre de vésicules apparurent, et la douleur diminua considérablement. Un certain nombre de ces vésicules avaient disparu le jour de son arrivée, et les croûtes étaient tombées ; les vésicules qui restaient semblaient devoir guérir d'elles-mêmes. Il n'y avait pas de vésicules sur le nez et l'œil n'était pas le moins du monde touché. Des cicatrices existaient aux endroits où il y avait eu des vésicules ; la malade se plaignait de ne pas se sentir aussi bien que lorsqu'elle prenait son médicament. Le psoriasis était très amélioré.

C'est, comme on le voit, un cas de zona ophtalmique survenu au cours d'une médication arsenicale longtemps prolongée. A noter que cette éruption de zoster s'est accompagnée de vives douleurs qui persistèrent plusieurs jours.



IV

Zona dans le saturnisme

Il peut sembler bizarre à première vue que le zona vienne compliquer le saturnisme ; car cette intoxication, à l'inverse des précédentes, ne donne guère lieu à des manifestations cutanées. Mais d'un autre côté dans le saturnisme le système nerveux est presque toujours touché. On connaît la fréquence des paralysies saturnines, et on sait maintenant que ces troubles de la motilité sont sous la dépendance de névrites périphériques. Quoi d'étonnant alors que le zona, éruption d'origine nerveuse et liée à l'existence de névrites, fasse son apparition au cours du saturnisme ? Quoiqu'il en soit, nous avons pu trouver un cas de ce genre ; ici comme pour l'iodisme nous ne connaissons qu'une seule observation, mais elle nous a paru assez importante pour mériter d'être reproduite. C'est à la thèse de Lomier que nous l'empruntons.

OBSERVATION PERSONNELLE (1)

L. . Gustave, serrurier, né à Morlaix (Finistère), entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Bourdon, à la fin du mois de mai 1879. C'est un homme pâle, un peu maigre, sujet aux maux de tête ; depuis longtemps il souffre de l'estomac et n'a pas d'appétit ; cependant il n'éprouve pas de nausées et n'a jamais vomi ; pas d'antécédents rhumatismaux dans sa famille. Il travaille depuis son arrivée à Paris, qui est récente, dans une fabrique de blanc de céruse, et c'est pour des coliques saturnines qu'il entre à l'hôpital. Après huit jours de traitement il sort guéri. Le lendemain de sa sortie de l'hôpital, dès qu'il eut repris son travail, L... ressentait des douleurs assez vives au niveau de l'omoplate et de la colonne vertébrale du côté droit. Ces douleurs s'étendirent bientôt à toute la partie supérieure du bras. Le 20 juin apparurent au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, et sur la pulpe de l'index, de petites vésicules de zona ; bientôt l'éruption s'est compliquée en remontant le long de l'avant bras et du bras, suivant le trajet du nerf radial, du nerf cubital et du nerf musculo-cutané.

Le 24 juin, les douleurs étaient générales, mais peu vives ; elles devenaient au contraire très marquées dès que le malade appuyait sa main sur son lit ou dès qu'on touchait les vésicules du zona. L'éruption présente la disposition suivante : trois plaques existent au niveau de la partie externe

(1) Lomier. — Loc. cit., page 20.

du deltoïde ; elles se composent de 12 ou 15 vésicules agglomérées ; au niveau de la partie antérieure du biceps, on remarque un groupe de 20 ou 25 vésicules très rapprochées ; deux groupes sur l'avant-bras, l'un au-dessous de l'articulation du coude, l'autre au-dessus du poignet ; un groupe sur la partie externe du premier métacarpien ; les quelques vésicules qu'on trouve au niveau de la pulpe de l'index sont beaucoup plus petites que les autres, ce qui tient sans doute à l'épaisseur de l'épiderme en cet endroit.

Le traitement a consisté en applications de collodion riciné et en injections de chlorhydrate de morphine. Après être resté dix jours à l'hôpital, L... sort guéri.

Il nous est impossible de ne voir dans ce fait qu'une simple coïncidence : ce zona qui succède à une crise de coliques de plomb, qui vient en quelque sorte les remplacer quand elles sont guéries, n'est pas sans rapport avec l'intoxication saturnine. Cette fois, comme dans le cas d'Ilutkinson, c'est un zona douloureux, mais pas très douloureux. En outre, bien que l'éruption ne paraisse pas localisée à un territoire nerveux, elle s'est montrée pourtant, s'il faut en croire l'auteur, suivant le trajet de plusieurs nerfs : le radial, le cubital et le musculo-cutané.

Tels sont les cas que nous avons pu réunir de zona ayant apparu au cours d'une intoxication par un poison chimiquement défini. Nous avons cherché dans d'autres intoxications, en particulier dans celle

causée par le mercure ou ses sels ; mais nous n'avons vu signalé nulle part aucun cas analogue à ceux qui nous occupent. Cependant les éruptions cutanées dans l'hydrargyrisme sont très fréquentes. Gauchérand, dans sa thèse inaugurale (1), étudie ces éruptions et les classe en éruptions scarlatiniformes, eczémateuses, et rubéoliques, les deux premières formes étant de beaucoup les plus fréquentes. M. le professeur Fournier, dans son livre sur le « Traitement de la syphilis », signale les érythèmes polymorphes desquamatifs pouvant simuler la rougeole, la scarlatine, l'urticaire, l'eczéma, l'érysipèle, la variole, la dermatite exfoliatrice ; mais cet auteur, pas plus que le précédent, ne fait mention du zona dans l'hydrargyrisme.

Avant de passer à l'étude du zona dans les deux grandes auto-intoxications de l'organisme, c'est-à-dire le diabète et l'urémie, nous tenons à reproduire l'observation d'un zona dans une intoxication d'origine alimentaire, observation puisée dans la thèse de Lomier.

(1) Gauchérand, Thèse de Paris, 1885-86.



Zona dans une intoxication alimentaire

C'est encore une manifestation qui paraît être aussirare que celle du zonadans l'intoxication d'origine alimentaire. On sait pourtant que les accidents cutanés sont très fréquents dans ces cas : les poussées d'urticaire par exemple ont le plus souvent pour cause une intoxication de ce genre ; c'est un fait devenu banal par sa fréquence même. Dans la thèse remarquable du D^r Fiquet (1) sur « l'intoxication d'origine carnée », on trouve décrites avec beaucoup de soin les éruptions cutanées, que cet auteur classe en divers groupes : érythème multiforme de Hèbra, ou polymorphe de Kaposi, érythème ortié, scarlatiniforme, roséolique ; mais l'auteur ne signale aucun cas d'herpès zoster. Voici donc la seule observation que nous puissions citer. Elle nous servira de transition entre les cas de zona survenus dans les intoxications chimi-

(1) Fiquet. Thèse de Paris, 1893-94.

quement définies et ceux que nous verrons apparaître dans les deux principales auto-intoxications de l'organisme : le diabète et l'urémie.

OBSERVATION PERSONNELLE (1)

J'ai eu l'occasion de rencontrer, il y a peu de temps, dans une petite ville de bains de mer, un jeune anglais âgé de trois ans et demi, qui, à la suite de l'ingestion de moules et de merlans fut pris de douleurs au niveau de la région épigastrique avec nausées et vomissements.

Le lendemain apparut un zona très étendu, occupant la base du thorax du côté gauche et s'étendant de la colonne vertébrale jusqu'à l'appendice xiphoïde. Quelques vésicules apparurent aussi sur la face antérieure de la cuisse gauche, où elles étaient disposées longitudinalement. Le frère du malade, âgé de 12 ans, qui avait mangé des mêmes moules, eut une urticaire généralisée.

Cette observation nous paraît tout-à-fait démonstrative : voici deux frères qui tous deux mangent du même plat de moules et de merlans et qui sont pris l'un, d'une urticaire généralisée, l'autre de zona. Il est impossible de voir là une simple coïncidence et on ne

(1) Loc. cit., page 19.

peut douter que cette ingestion n'ait été la cause du zona comme elle a été celle de l'urticaire chez le frère aîné. Il est regrettable que l'auteur ne nous ait pas donné plus de détails sur cette éruption de zona ; ce dut être un zona non douloureux ou peu douloureux, les douleurs épigastriques dont il est question pouvant dépendre des troubles de l'estomac.

Du reste, d'après M. Comby (1), le zona chez les enfants ne s'accompagne pas de douleurs ou presque pas et les symptômes généraux sont peu marqués chez eux. Quant aux nausées et aux vomissements, faut-il les rattacher à l'herpès zoster ou bien les considérer comme en rapport immédiat avec l'intoxication ? C'est à cette seconde hypothèse que nous nous rattachons de préférence, car ces accidents gastriques, qui se voient souvent à la période d'invasion de « l'herpès zoster essentiel » évoluant comme une maladie infectieuse, nous ne les avons trouvés dans aucun cas de zona symptomatique d'une intoxication.

(1) Comby. Zona chez les enfants. Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux, 1891.



VI

Zona dans le diabète

Quelle que soit la théorie qu'on invoque pour expliquer la pathogénie du diabète, il faut bien reconnaître qu'en somme cette affection aboutit à une intoxication générale de l'organisme. C'est une auto-intoxication au même titre que l'urémie. S'il était besoin de prouver cette proposition, il suffirait de rappeler le coma des diabétiques. C'est dans le coma que meurent un grand nombre de ces malades, et cette atteinte profonde du système nerveux est causée par l'intoxication.

C'est du reste l'opinion de tous les auteurs ; nous n'en citerons pour preuve que ces lignes extraites du *Traité de Médecine* de MM. Brouardel et Gilbert : « Les théories anatomiques sont impuissantes à donner l'explication du coma diabétique. Ce syndrome évoque d'ailleurs beaucoup l'idée d'une intoxication. Aussi actuellement la théorie de l'intoxication rallie-t-elle à peu près tous les suffrages. Seule, la nature

du poison est encore discutée. » C'est donc à bon droit que nous considérons le diabète comme une intoxication, et que nous pourrions sans sortir de notre sujet étudier le zona au cours de cette affection.

Lorsqu'on fait des recherches dans la bibliographie médicale sur le sujet qui nous occupe, on ne trouve que peu de chose. Avant l'article fort remarquable de M. Vergely, professeur à la Faculté de Bordeaux, article paru dans le *Progrès Médical* du 26 septembre 1891, c'est à peine si le zona avait été signalé comme complication du diabète. Du reste, pour cet historique, nous ne pouvons mieux faire que de laisser la parole à M. Vergely lui-même : « Nos recherches bibliographiques, dit-il, ne nous ont donné que de médiocres résultats. Pas un mot du rapport du zona avec le diabète dans la plupart des traités des affections cutanées, Bazin, Hardy, Gibert, Devergie, Cazenave, Hebra, etc., dans les traités du diabète : Bouchardat, Cantani n'en disent mot. Lécorché l'indique en l'attribuant à Barbier (Le diabète sucré, page 318, année 1877). Cette indication est reproduite par le Dictionnaire encyclopédique et le nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie.

Si on se reporte au texte de Barbier, voici le passage auquel il est fait allusion (Barbier, Du diabète sucré envisagé au point de vue de l'étiologie et du traitement. Montpellier, Thèse n° 101, année 1856,

page 23 : « J'ai eu l'occasion de voir un herpès zoster coïncider avec l'affection qui nous occupe chez une femme de 56 ans. traitée à l'Hôtel-Dieu de Paris. service de M. le Dr Rostan. Cette complication singulière fut traitée par l'expectation, des boissons délayantes, une température modérée et rien de plus. » Rostan dans son *Traité de médecine clinique*, Tome I, page 210, décrit le zona sans signaler cette étiologie. M. Fabre (de Commeny), dans un travail très complet, publié sur le zona, dans les *Annales médicales de Liège*, année 1881, page 357, fait remarquer que « au nombre des maladies qui ont été invoquées comme pouvant constituer une prédisposition au zona, il en est une qu'il n'a jamais vu signalée. » Il veut parler du diabète sucré, et il donne ensuite deux observations de ce genre. » Depuis l'article de M. Vergely, personne, croyons-nous, n'a repris la question.

Nous allons reproduire les deux observations de Fabre (de Commeny) telles qu'elles sont résumées par M. Vergely, puis nous résumerons une longue observation publiée par le Dr Pluyette dans le « *Marseille médical*, » année 1889 ; enfin nous reproduirons les deux observations de M. Vergely et nous terminerons par une observation que nous avons trouvée dans une thèse de l'année dernière sur le traitement du zona par les pansements à l'acide picrique.

OBSERVATION I (1)

Zona de l'abdomen, de l'aîne et de la vulve du côté droit
chez un diabétique

Femme énorme de 63 ans. Autrefois, douleurs rhumatismales dans les jambes, séjour à Nérès en 1873. En 1874, insomnie, fatigues excessives, soif assez marquée et surtout démangeaisons atroces à la vulve qui était le siège d'un eczéma. Constatation du sucre dans les urines. Améliorations après plusieurs saisons à Vichy. La quantité de sucre n'avait pas diminué. Le 1^{er} mars 1880, elle vint trouver M. Fabre, se plaignant de ressentir depuis trois jours des élancements dans les lombes jusqu'au pli de l'aîne du côté droit. Ces élancements avaient débuté pendant la nuit vers les lombes. A droite de la partie moyenne de la région lombaire, on aperçoit quatre vrais points de varicelle disposés horizontalement, puis plus en dehors et plus en bas, on en voit un cinquième et enfin, au niveau de la crête iliaque et se dirigeant obliquement en bas vers le pli de l'aîne une vaste plaque, d'un rouge très vif, surmontée de phlyctènes. A la partie inférieure du pli de l'aîne, il existe une seconde plaque obliquement allongée où se trouvent des bulles et des vésicules ; cette nouvelle plaque se bifurque et une traînée

(1) Fabre de Commeny. — Annales médicales de Liège, 1881. Obs. XXVIII.

éruptive passe au-dessus du mont de Vénus jusqu'à la ligne médiane, tandis que l'entre branche de bifurcation gagne la face interne de la cuisse. Madame M... ressent de fréquents élancements sur les plaques mêmes, mais pas de démangeaisons ni de cuisson. Ces élancements l'ont empêchée de dormir les trois dernières nuits. Pouls : 90 par minute. Anorexie, pas de constipation. Ces élancements persistent encore le 21 mars, mais amoindris. L'éruption ne consistait plus qu'en croûtes sèches, disséminées, très peu épaisses. Et au mois de juin je revoyais Madame M... qui se disait complètement guérie de son zona, sauf qu'elle ressentait encore de temps en temps des douleurs assez vives sur l'emplacement de l'éruption ; à la fin du mois de juin, Madame M... alla à Vichy. Elle se fit doucher dans son bain, la névralgie est complètement disparue depuis le retour de Vichy.

OBSERVATION II (1)

Zona du thorax à gauche chez un jeune homme qui avait été anémique et glycosurique.

A... boiseur à la houillère de Commentry, 20 ans, avait présenté, il y a trois ans, des signes d'anémie très marqués avec des troubles gastriques et un certain degré de glyco-

(1) Fabre (de Commentry). — Annales médicales de Liège, 1831. Obs. XXIX.

surie. Novembre 1878 : Rougeole ; le 7 mars 1879, il vient me montrer une plaque éruptive qu'il avait remarquée le matin même, située sur le sein gauche et partant de la ligne médiane. Depuis une quinzaine de jours, il avait ressenti un léger point de côté à gauche principalement en arrière ; langue saburrale ; pouls, 80 par minute ; température axillaire, 38° ; au menton, à gauche, petite plaque d'impétigo datant de dix jours. 15 juin, de nouvelles plaques se sont montrées qui contourneut le thorax et rejoignent jusqu'en arrière la colonne vertébrale . Plaques vésiculeuses, oblongues, disposées à peu près le long du 5^{me} espace intercostal, le point de côté à disparu. A... ne sent qu'un peu de cuisson superficielle au niveau de l'éruption. A la fin de juin, A... était complètement guéri.

OBSERVATION III

Observation insérée par M. le Dr Pluyette, dans le *Marseille médical* 1889, p. 143, et intitulée : Deux complications insolites du diabète (pleurésie et zona).

Résumé. — Il s'agit d'un malade glycosurique depuis plus de trois ans, ayant eu la syphilis dans sa jeunesse, et chez lequel le docteur Pluyette diagnostique une pleurésie gauche avec épanchement assez abondant pour que la ponction soit déclarée nécessaire et pratiquée quelques jours après. Pas de tuberculose pulmonaire à ce moment. Mais

le malade est indocile. Malgré l'avis du docteur Pluyette, il part faire une cure aux eaux de Vals, et de là, malgré la défense formelle du médecin qui le soigne, il part pour le Mont-Dore. Il rentre à Marseille le 9 août. Le Dr Pluyette constate alors que l'épanchement pleural a à peu près disparu, mais que le sommet du poumon du même côté est atteint de tuberculose. — Le 12 septembre, zona intercostal siégeant à gauche, du même côté que la tuberculose. « Cette affection intercurrente, dit M. le docteur Pluyette, suivit sa marche ordinaire sans rien offrir de spécial. » A partir de ce moment, la tuberculose évolua rapidement chez ce malade, qui mourut le 15 octobre.

OBSERVATION IV (1)

Glycosurie. — Zona frontal. — Troubles de la sensibilité (analgésie au siège du zona). — Albuminurie. — Mort.

M. Lab... d'une haute taille, d'une constitution robuste, âgé de 54 ans, père de deux enfants très robustes. Aucune hérédité afférente au diabète, dans une situation de fortune aisée, fait le commerce des tapis, mène une vie régulière et ne fait pas d'excès alcooliques.

Il y a dix ans environ qu'il a engraisé rapidement, qu'il est devenu dyspeptique. Son appétit était irrégulier, il

(1) Vergely. — Progrès médical 26 septembre 1891. Obs. 1, page 218.

buvait beaucoup d'eau et de vin à ses repas, se plaignait de douleurs à l'épigastre, de gonflement d'estomac, d'éruptions non fétides une heure environ après avoir mangé : de temps à autre, des vomissements et des alternatives de constipation et de diarrhée.

Des prescriptions diététiques et médicamenteuses assez irrégulièrement observées modifièrent cet état de choses. Mais les troubles de l'estomac se reproduisirent après des préoccupations morales. L'urine examinée pendant cette période n'indiquait encore ni dans les variations de sa composition ni de sa quantité aucun trouble nutritif. A plusieurs reprises, M. L... s'était plaint de difficulté, de lenteur dans l'émission des urines. Cependant je remarquai que l'émail des dents était devenu très fragile, se brisait aisément, que les dents de la rangée supérieure disparaissaient rapidement; de plus les fonctions génésiques étaient presque abolies. La soif, l'appétit n'étaient pas exagérés. La quantité d'urine ne dépassait pas 15 à 1800 gram. par 24 heures, et le malade ne se levait que deux fois par nuit pour uriner. Malgré ces signes peu manifestes de glycosurie, je fis analyser les urines et on trouva 9 gram. 60 de sucre de diabète. Quelques jours après cette analyse, le 8 mai 1888, M. L... présentait sur la moitié droite de la région frontale, de la ligne médiane au bord antérieur du muscle temporal une éruption qui avait été précédée de douleurs névralgiques assez vives. Une série de petites vésicules du volume d'un grain de che-nevis et plus, formant quatre groupes séparés par de la peau saine, occupent toute la région sus-orbitaire frontale droite et s'étend jusqu'à 3 centimètres dans le cuir chevelu. Ce sont nettement des vésicules d'herpès zona. Peu à peu, les vési-

cules deviennent confluentes, perdent leur teinte opaline pour devenir latescentes, sont entourées d'un liseré d'un rouge vif et causent au malade de vives souffrances comparées à des brûlures... Opium, belladone, cyanure de potassium, etc., sont successivement mis en usage. Dix jours après, le 19 mai, des croûtes épaisses noirâtres remplacent les pustules. Les douleurs sont moins vives, mais persistent encore. Les croûtes tombées, on constate des cicatrices profondes, déprimées, blanchâtres et lisses comme celles de la varicelle. Quelques-unes de ces cicatrices qui comprennent toute l'épaisseur du derme ont les unes l'étendue d'une tête d'épingle, les autres un centimètre de diamètre. Elles sont réparties dans le trajet du nerf sus-orbitaire jusque dans le cuir chevelu, les cheveux dans ces points ont disparu.

L'ensemble des cicatrices du zona répond bien au trajet du nerf sus-orbitaire. Les douleurs névralgiques disparurent peu à peu, elles persistaient encore à la fin de juillet : c'était un engourdissement douloureux. Pendant son séjour à Arcachon, dans le courant du mois de juillet, M. L... ressentit par deux fois des élancements douloureux dans l'œil droit, qui furent tellement atroces, qu'il fut sur le point de s'évanouir. Ces douleurs ne sont plus reproduites. Vers la fin du mois de juillet, les douleurs avaient disparu, M. L... n'avait plus au front qu'une sensation d'engourdissement, de peau épaisse et dure. Le contact était perçu, mais la piqure d'une aiguille traversant toute l'épaisseur de la peau ne provoquait aucune douleur, dès qu'on dépassait la ligne médiane la plus légère piqure était vivement sentie. A la vue, cette peau n'a rien perdu de ses caractères primitifs, cependant les sillons, la pigmentation sont un peu plus accusés : au tou-

cher, elle est plus ferme moins souple que la peau de la région frontale gauche. Depuis cette époque jusqu'au 18 juin 1891 la santé de M. L... s'est altérée progressivement.

La glycosurie, avec hypophosphaturie, sans jamais s'élever au-dessus de 30 gr. de sucre pour 1000 gr. d'urine, est devenue intermittente, elle disparaissait un mois pour se reproduire le mois suivant. En 1890, au mois d'avril, elle a cessé complètement pour être remplacée par de l'albuminurie qui a été d'abord de quelques centigrammes pour atteindre actuellement le chiffre de 3 gr. 40. L'état général est moins bon, le malade a maigri, pâli, il a une insomnie complète, il est agité. ne peut garder la même place que quelques instants. Le taux des urines ne dépasse pas 1,800 gr., en 24 heures, il n'a pas été augmenté par la diète lactée absolue à la dose de 2 litres et demi, et continuée pendant 15 jours.

Quant à l'état local, le siège du zona, aucune modification : sensation d'engourdissement, analgésie complète dans la moitié droite de la région frontale. Un nouvel examen confirme ces faits et permet de constater qu'il n'y a ni anesthésie, ni thermo-anesthésie.

L'état général s'aggrave rapidement, le malade refuse le lait, il ne prend que de l'eau et quelques féculents : vomissements, agitation, attaques de congestion pulmonaire urémique. Il succombe enfin dans une de ses attaques.

OBSERVATION V (1)

Diabète chronique. — Double névralgie sciatique. — Zona sur le trajet des vaisseaux du petit nerf sciatique. — Hyperesthésie consécutive.

Madame de la R..., âgée de 43 ans, d'une vigoureuse constitution n'ayant jamais fait de maladies graves, mais ayant éprouvé de violents chagrins et d'importants revers de fortune, vint me consulter, en 1886, pour un état de faiblesse générale, un malaise dont elle ne s'expliquait pas le motif.

L'interrogatoire de cette malade m'apprit qu'elle était très altérée, qu'elle buvait beaucoup, qu'elle urinait beaucoup, que l'appétit était augmenté. Une analyse qualitative et quantitative, faite le lendemain, décela 11 grammes de sucre de diabète par litre. Elle fut soumise à divers traitements qui améliorèrent son état, mais elle ne consentit jamais à se rendre à Vichy.

La soif et la polyurie se sont amendées, mais la faiblesse a augmenté, l'émaciation et une perte lente et continue du poids se sont accentuées. Les dents, les cheveux tombent peu à peu, les règles ont disparu ; les réflexes rotuliens sont abolis, l'humeur diabétique s'est singulièrement développée.

(1) Vergely. — Progrès médical, 26 septembre 1871. Observation II, page 219.

La malade, d'un caractère égal et gai, est devenue d'une humeur inégale et fantasque, tour à tour mélancolique ou insouciant et sans cesse désireuse de se déplacer, de changer de pays.

Au mois de septembre 1885, elle se plaignit de douleur dans la hanche droite, puis de névralgie du sciatique droit ; la douleur suivait exactement le trajet du nerf et s'étendait jusqu'au pied. Elle ne marchait que péniblement et encore dans les appartements, dans la rue, les inégalités du sol réveillaient la douleur au point d'empêcher la marche.

Le 19 novembre 1885, l'examen des urines révélait 30 gr. de sucre par litre. Madame de R... se plaignait d'une douleur qui occupait la région fessière gauche et toute la partie postérieure de la cuisse du même côté. La douleur du côté droit avait presque entièrement disparu. En même temps, la malade appela mon attention sur une éruption qui occupait la moitié droite du sacrum et s'étendait vers la fesse droite. Cette affection était un zona. Elle se composait de cinq groupes de vésicules séparées par des intervalles de peau saine. Chaque groupe renfermait deux à quatre vésicules ayant l'aspect de petites perles caractéristiques de cette maladie cutanée.

Le 23, les douleurs névralgiques sont toujours intenses des deux côtés ; les vésicules ont pris une teinte bleuâtre, elles tendent à se flétrir.

Le 28, les vésicules sont sèches, elles sont remplacées par des croûtes rouge brun assez épaisses. Elles sont formées par la réunion de plusieurs vésicules. Elles occupent une situation anatomique assez mal définie.

Leur point de départ est la partie moyenne du sacrum,

de là elles descendent obliquement vers l'ischion en faisant un coude, à peu près le trajet du petit nerf sciatique.

La pression sur le sacrum, sur l'échancrure sciatique droite, sur l'échancrure sciatique gauche, sur la partie moyenne de la cuisse gauche est douloureuse. Néanmoins, la douleur spontanée qui siégeait à gauche a abandonné ce côté pour revenir au côté droit. La douleur a été rapidement amendée sous l'influence du bromure de potassium, à la dose de 4 grammes par jour.

Je n'ai vu, depuis, que rarement cette dame. La progression du sucre a été la suivante : 40 grammes en 1887 ; 46 grammes, avec 18 grammes d'urée en 1889 et une émission d'urine de trois litres.

J'ai revu cette dame le 20 juillet 1891. L'état général est moins bon. L'affaiblissement a continué ainsi que la perte des forces.

Elle a quelquefois de légères douleurs lombaires et dans le trajet des sciatiques.

On trouve à la place du zona trois cicatrices blanches de 8 millimètres de diamètre. La sensibilité est notablement augmentée sur les cicatrices et au voisinage, le contact et la piqure sont plus vivement sentis de ce côté-là que de l'autre. Pas de thermo-anesthésie.

OBSERVATION VI (1)

Dans le courant de 1896, M. le docteur Floquet fut appelé par le concierge du Palais de Justice. Cet homme *qui*

(1) Delebecque. — Thèse de Paris. — Obs. V.

était diabétique, portait à ce moment un zona manifeste siégeant à la région intercostale. Toute la pléiade des symptômes qui caractérise cette affection existait : demi-ceinture érythémateuse parsemée de nombreuses vésicules, dont les unes étaient même très larges, ainsi que violentes douleurs névralgiques.

Les poudres inertes (talc et amidon) furent d'abord essayées à l'extérieur, en même temps le malade absorbait des pilules d'extrait thébaïque. Mais rien n'y faisait ; l'éruption persistait toujours, les douleurs surtout demeuraient intolérables, même elles étaient telles qu'elles ne laissaient aucune tranquillité au pauvre malade, le simple frottement des habits contre les vésicules les rendaient continuelles.

On songea alors aux propriétés kérato-plastiques et analgésiques de l'acide picrique et on se servit des badigeonnages faits avec une solution alcoolique d'acide picrique au 1/10.

M. le Dr Floquet les pratiquait lui-même, à l'aide d'un petit pinceau aseptique il badigeonnait toute la surface malade et la recouvrait ensuite d'une mince lame d'ouate hydrophile. Il fit ainsi trois à quatre badigeonnages. Au moment de l'application du pansement, le malade ressentait une légère cuisson, qui d'ailleurs ne tardait pas à disparaître. Au bout de quatre ou cinq jours, les douleurs n'existaient plus et les vésicules d'herpès étaient déjà presque entièrement cicatrisées.

Analyse de ces observations

Le Dr Pluyette, à propos du cas qu'il rapporte

tout au long, constate que le zona a été rarement signalé au cours du diabète et il ne croit pas que ce soit une complication aussi rare qu'on pourrait le croire *a priori*. Il ajoute que le D^r Jules Cyr, de Vichy, a bien voulu lui écrire qu'il avait déjà observé deux fois cette coïncidence.

Nous partageons entièrement cette manière de voir ; nous sommes convaincus que si l'attention était attirée sur ces cas et s'ils étaient tous publiés, ils seraient bien plus nombreux. Du reste, il est en quelque sorte logique *a priori* de rencontrer le zona au cours du diabète. On sait combien le système nerveux est touché dans cette affection, combien sont fréquentes les névrites, et divers troubles trophiques, tels que mal perforant et chute des dents ; les manifestations cutanées ne sont pas rares non plus. Quoi d'étonnant dès lors que le zona, éruption cutanée dont l'existence est liée à des altérations nerveuses et qui peut être considéré comme le trouble trophique par excellence, se rencontre au cours de cette maladie ? Du reste, nous n'hésitons nullement à admettre qu'il n'y ait un rapport étroit de l'un à l'autre, que le zona ne soit lié dans ce cas au diabète, qu'il ne soit un zona secondaire, symptomatique, et nous nous refusons à croire à une simple coïncidence de ces deux affections.

Nous ferons toutefois des restrictions pour le cas du D^r Pluyette. En effet, ce malade, dont nous

avons résumé l'observation, était tuberculeux en même temps que diabétique. Son zona était intercostal et il siégeait du côté gauche, là où on avait trouvé un épanchement pleurétique peu de temps auparavant, et du côté où le poumon était atteint déjà de tuberculose. Or, on sait que le zona n'est pas rare chez les tuberculeux. Il a été signalé bien souvent (1). Pourtant, le D^r Pluyette, se basant sur ce fait que le zona est apparu au début de la tuberculose, croit qu'il était sous la dépendance du diabète. Mais on peut lui objecter que le zona peut survenir à toutes les périodes de la tuberculose, qu'il peut même l'annoncer en quelque sorte avant qu'elle soit franchement déclarée. C'est ce qu'à montré le D^r Rouher (2) dans sa thèse inaugurale.

Nous faisons donc les plus grandes réserves sur la valeur de l'observation du D^r Pluyette en tant que zona dépendant du diabète.

Quant aux autres observations, leur étude nous permet de noter certaines particularités. Pour ce qui est de l'époque d'apparition du zona, on ne peut guère l'établir avec les quelques observations précédentes ; dans la première observation de Fabre de

(1) Voir Leroux. Zona chez les tuberculeux. Thèse de Paris. 1888.

Presse médicale, 23 décembre 1893. Zona et tuberculose.

(2) Rouher. Zona prémonitoire de la tuberculose. Thèse de Paris, 1896-97.

Commentry, on voit que le zona est apparu alors que la glycosurie existait déjà depuis plusieurs années. Du reste, tous ces cas de diabète sont de moyenne intensité ; il paraîtrait donc qu'il n'est pas nécessaire d'avoir affaire à un diabète grave à marche rapide, pour voir apparaître la complication que nous étudions.

Un fait digne de remarque, c'est que dans toutes ces éruptions il y a de la douleur, et de la douleur parfois très vive (obs. IV, V et VI) ; l'élément névralgique ne fait pas défaut et en cela ces observations diffèrent de la plupart de celles que nous avons analysées jusqu'ici ; en revanche, dans les deux observations de Fabre de Commentry (surtout dans l'obs. II), la douleur est peu marquée.

Comme localisation, l'éruption suit d'ordinaire le trajet des nerfs : le cinquième espace intercostal dans l'obs. II ; le nerf sus-orbitaire dans l'obs. IV, le petit sciatique dans l'obs. V. — Dans les obs. IV et V, celles de M. Vergely, l'éruption s'est accompagnée de troubles de la sensibilité : analgésie au siège du zona dans l'obs. IV ; hyperesthésie sur les cicatrices laissées par l'éruption et autour de ces cicatrices dans l'obs. V.

Telles sont les remarques qu'il nous a paru intéressant de faire à propos des quelques observations précédentes. Nous allons maintenant étudier de la même manière le zona dans l'urémie.

VII

Zona dans l'urémie

Nous avons cherché dans différents auteurs si le zona était signalé comme une complication de l'urémie, et, comme pour les intoxications précédentes, nous nous sommes efforcé d'en trouver des observations. Mais c'est en vain : nous n'avons vu décrite nulle part l'éruption zostérienne comme complication de l'urémie. La plus récente thèse qui se rapproche le plus de la question est celle de Persy (1), qui étudia les manifestations cutanées de l'urémie. Cet auteur ne prononce même pas le mot de zona dans son travail.

Dans le Traité de Médecine de MM. Brouardel et Gilbert, M. Chauffard, à l'article Urémie, décrit, outre le prurit, fréquent chez les albuminuriques, un certain nombre de dermatoses qu'il considère comme

(1) Persy. — Manifestations cutanées de l'urémie. Thèse de Paris, 1886-87.

des manifestations urémiques, et qu'il classe de la façon suivante : urticaire, érythème papuleux et desquamatif, dermatite suintante et eczématiforme. Mais il ne fait aucune mention du zona. Il se peut fort bien que le fait ait été signalé à notre insu. Quoi qu'il en soit, nous allons présenter trois observations de zona au cours de l'urémie. Nous devons les deux premières à l'obligeance de M. le Docteur OEttinger. Quant à la troisième, c'est celle de la malade que nous avons suivie, et qui nous a donné l'idée première de ce travail.

OBSERVATION I (inédite)

Néphrite subaiguë chez un syphilitique. — Zona (1)

L..., âgé de 30 ans, mécanicien, entre le 5 avril 1897, à l'hôpital Broussais, salle Delpech, service de M. OEttinger.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'un cancer du foie ; il a perdu trois frères en bas âge et il lui reste trois frères et trois sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Toujours bien portant jusqu'à l'âge de 22 ans, il eut à cette époque, à plusieurs reprises, des attaques de rhumatisme articulaire aigu, qui se sont

(1) Nous devons cette observation, ainsi que la suivante, à l'extrême obligeance de M. le Docteur OEttinger.

localisées surtout au pied gauche. Depuis, lorsqu'il fait une marche un peu longue, il éprouve des douleurs au niveau de la face dorsale du pied.

L'année dernière, au mois de mars, il a contracté un chancre syphilitique, pour lequel il a été soigné ici, salle Delpech, pendant quatre semaines. Après sa sortie de l'hôpital il a eu des accidents secondaires, et il y a six mois des accidents cérébraux consistant en une aphasie transitoire.

Le traitement antisypilitique a été abandonné il y a trois mois. Depuis deux mois, le malade remarque qu'il est très essoufflé lorsqu'il monte rapidement un escalier.

Il y a cinq semaines, le malade a présenté un zona au niveau de la partie droite de son thorax, zona qui a disparu au bout d'une quinzaine de jours.

Il y a environ trois semaines, des vomissements sont apparus, survenant d'abord la nuit et revenant ensuite le jour, malgré le régime lacté auquel le malade était soumis. En même temps, on observait du ballonnement du ventre, de l'œdème des membres inférieurs et des organes génitaux, œdème qui n'a fait qu'augmenter jusqu'à aujourd'hui. Bientôt, l'essoufflement et l'oppression du malade devinrent tels qu'il dut garder complètement le lit et qu'on jugea nécessaire de lui pratiquer une saignée de 250 grammes.

Depuis deux mois le malade tousse mais expectore très peu ; enfin depuis quinze jours, il présente de la diarrhée.

Examen du malade. — Si, après avoir interrogé le malade on l'examine, on constate qu'il est pâle et amaigri ; on remarque du côté des yeux, de la dilatation pupillaire, sur le thorax, du côté droit, cicatrices du zona. Les membres inférieurs sont considérablement œdématisés ainsi que

les organes génitaux externes. L'abdomen est sensible à la pression, il est ballonné. La percussion révèle de la matité depuis le pubis jusqu'à l'ombilic environ : le choc combiné à la palpation donne la sensation de flot indiquant la présence de liquide dans la cavité abdominale. Le foie est gras.

Du côté de l'appareil respiratoire, matité à la partie inférieure des deux poumons, et remontant jusqu'à la pointe de l'omoplate, quelques râles sous-crépitaux à la partie inférieure et moyenne ; pas de souffle, pas d'égophonie.

Rien au cœur ; pas de palpitations.

Du côté de l'appareil digestif : diarrhée.

Les urines peu abondantes contiennent une grande quantité d'albumine.

Traitement. — Régime lacté. — Le 9 avril on fait une friction mercurielle dans la région du creux poplité ; le soir même, le malade ressent de vives douleurs dans les jambes et à l'aîne, et le lendemain on trouve que l'œdème des membres inférieurs a augmenté et qu'il existe des traînées de lymphangite sur les deux cuisses ; température rectale : 38°6. La dyspnée s'accroît le 10 avril, les traînées de lymphangite remontent jusqu'à la région dorsale ; la température monte à 39°4 le 11 avril et le malade meurt dans l'après-midi.

Autopsie. — A l'ouverture de la cage thoracique, on constate un hydrothorax double assez abondant. Les poumons sont ardoisés, ratatinés, et présentent à la coupe une coloration brunâtre.

Cœur petit, en systole, sans altération, pèse 165 grs.

A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une grande quantité de liquide citrin.

Le foie est un peu gros (poids : 1800 grs.) ; décoloration de la surface due à une altération des cellules ; pas de lésion de la coupe.

Rate (165 grs.) présente des foyers de ramollissement au centre dûs à la décomposition.

Reins volumineux, lisses, de coloration blanchâtre, présentant à la coupe les caractères morphologiques du gros rein blanc ; la substance corticale blanc jaunâtre, est hypertrophiée ; les vaisseaux sont très congestionnés et laissent sourdre à la pression une quantité assez considérable de sang.

OBSERVATION II (Inédite)

Mal de Bright. — Bronchite chronique. — Insuffisance triscupidiennne. — Zona

B..., homme de peine, entre le 30 décembre 1896, à l'hôpital Broussais, salle Delpech, service de M. Cettinger.

Antécédents personnels. — En 1885 et 1886, plusieurs attaques de coliques de plomb, qui durait chacune 15 jours. Le malade travaillait depuis 1879 dans le fer et maniait du minium.

En 1893, grippe.

En 1894, hydrocèle ponctionnée et non réapparue.

En 1895, au début de l'année, le malade est pris d'essoufflement, la marche est pénible, le travail soutenu impossible. — Mictions fréquentes surtout la nuit : polyurie : 5

à 6 litres d'urine par jour ; en même temps, crampes dans les mollets, douloureuses et fugaces. Pas d'œdème des jambes. Maux de tête peu fréquents.

De janvier 1895 à mai 1896, ces symptômes s'accusent, le travail devient impossible, et le 10 juin 1896, le malade entre à Broussais, chez M. Barth. A cette époque, les mic-tions sont fréquentes, les urines abondantes ; la dyspnée est croissante, toux fréquente, expectoration abondante, œdème considérable des membres inférieurs, albumine en grande quantité. Le régime lacté amène une grande amélioration et le malade sort vers la fin d'août, va passer 5 semaines à la campagne, où il suit le régime prescrit.

En octobre, il revient à Paris et se remet à travailler jusqu'en décembre. A ce moment la toux ayant augmenté, l'expectoration très abondante et la dyspnée l'obligent à rentrer de nouveau à Broussais, cette fois dans le service de M. Ettinger.

Examen du malade. — On constate à son entrée des râles disséminés dans toute la poitrine avec prédominance aux bases et surtout à la base droite (congestion pulmonaire), — pas d'œdème des jambes ; expectoration muqueuse abondante ; albumine : 2 gr. par litre, — un litre d'urines dans les 24 heures. On ne constate pas à ce moment de lésion cardiaque. — Sous l'influence du repos et de la digitale, la dyspnée diminue et la diurèse augmente : 3 litres d'urine par jour.

7 janvier 1897. — Gêne précordiale ; l'auscultation révèle un souffle un peu râpeux, assez intense, dont le maximum s'entend au niveau de la triscupide, au bord droit du sternum, près de l'appendice xiphoïde. Augmentation de

volume du foie qui est douloureux à la percussion ; pas de pouls veineux vrai ou faux ; on porte le diagnostic d'insuffisance tricuspidiennne. Au bout de quelques jours de repos, le souffle diminue progressivement d'intensité, et l'état du malade reste à peu près stationnaire jusqu'à la fin du mois.

Le 7 février, pour activer la diurèse, on donne de nouveau de la digitale, mais l'effet désiré ne se produit pas. On prescrit alors de la théobromine, qui provoque une diurèse abondante.

Durant le mois de février, on administre ainsi la théobromine à différentes reprises pendant quelques jours. Mais au commencement de mars, l'action de ce médicament est épuisée à son tour, l'oppression est très marquée, l'œdème apparaît aux jambes ; constipation et céphalée ; seulement 500 gr. d'urine par jour, malgré le vin de Trousseau et la digitale. On revient à la théobromine qui, à plusieurs reprises, augmente encore la quantité des urines.

Le 15 mars, on constate pourtant un épanchement ascitique donnant une matité étendue du pubis à l'ombilic, l'oppression augmente, l'œdème des membres inférieurs a gagné les bourses. Le pouls est faible, précipité, très rapide.

Le 18 mars, ponction qui permet de retirer 5 litres et demi de liquide ascitique normal ; le foie descend de quatre travers de doigts au-dessous du rebord des fausses côtes. L'ascite se reforme vite, la théobromine est maintenant sans action, l'état général devient mauvais, le malade se cachectise.

Le 25 mars, nouvelle ponction : 5 litres de liquide citrin.

Le 26, on s'aperçoit en découvrant le malade, de la présence d'un zona, qui s'étend en avant, de la ligne sternale

médiane à la hauteur de l'ombilic et qui contourne le côté droit du corps. En arrière, le zona s'étend plus en hauteur, remonte au niveau de la 10^e vertèbre dorsale et descend jusqu'à la 3^e vertèbre lombaire, s'arrêtant à la ligne médiane. En avant, le zona ne suit pas le trajet d'un nerf, mais affecte la disposition métamérique formant un arc de cercle horizontalement placé. En arrière, le zona se dispose sur trois lignes obliques, suivant le trajet des nerfs. — Ce zona, qui est très douloureux pour le malade, a une tendance hémorrhagique : les bulles qui le forment sont d'un rouge foncé. — Le zona reste très douloureux les jours suivants, tandis que l'état général s'aggrave de plus en plus ; pouls à 140, peu d'urine : l'ascite se reforme de nouveau.

Le 4 avril, hématémèse abondante, et dans la soirée, mélena. Le lendemain, selles abondantes contenant du sang foncé.

Le 6 avril, relâchement des sphincters ; malgré cela, l'intelligence est conservée. A 10 heures du matin, nouvelle hématémèse abondante qui enlève le malade.

Autopsie le 7 avril. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une quantité abondante de liquide ascitique ; on constate des dépôts fibrineux, blanchâtres, sur les anses intestinales.

Poumons. — Pas d'adhérences ; ils sont petits, rétractés, emphysémateux ; à la base du poumon droit, infarctus du volume d'un œuf.

Cœur. — Gros et dilaté dans ses cavités droites ; caillots agoniques. Les orifices auriculo-ventriculaires sont dilatés :

Orifice tricuspide : 138^{mm} au lieu de 122

— mitral : 115^{mm} — 102

Les parois cardiaques sont très épaissies et mesurent 2 centimètres. L'orifice aortique n'a que deux valvules sigmoïdes ; l'une d'elles, plus vaste, a une ébauche de cloisonnement, et on y compte 3 nodules d'Arantius. P'aques d'athérome sur l'aorte thoracique

Estomac. — Il est rempli de sang noirâtre, à moitié digéré, avec caillots. A la face postérieure et à la partie moyenne, on note une érosion de la muqueuse et en regardant attentivement, on voit la section d'un vaisseau béant qui semble dilaté au niveau de sa rupture et former un anévrisme miliaire.

Foie. — Il est petit et pèse 1,200 gr. On y remarque un léger degré de cirrhose ; il est complètement exsangue.

Reins. — Petits reins blancs ; ils pèsent 100 gr. chaque. Ils présentent à leur surface des formations kystiques contenant un liquide jaune clair ; en quelques endroits, quelques infarctus superficiels ; à la coupe, on remarque une diminution de la substance corticale.

La rate est petite, mais saine.

OBSERVATION III (Personnelle)

Mal de Bright. — Emphysème ; bronchite. — Insuffisance mitrale. — Zona

D..., âgée de 70 ans, couturière, entre le 19 novembre 1899 à l'hôpital Broussais, salle Axenfeld, service de

M. Cettinger. Au point de vue de ses antécédents héréditaires, rien à signaler. Quant à ses antécédents personnels, la malade nous apprend qu'elle a été mariée et a eu neuf enfants. A l'âge de 30 ans, elle eut une bronchite qui dura six semaines. Depuis lors, elle est sujette aux bronchites l'hiver : c'est ainsi qu'en 1867, elle dut s'aliter encore pendant six semaines. En 1870, elle a eu des coliques hépatiques s'accompagnant d'ic'tère et a été de ce chef malade pendant deux mois. En 1897, elle entre une première fois à l'hôpital Broussais, se plaignant de toux et d'étouffements. A cette occasion, on lui trouve un peu d'albumine dans les urines, et une lésion cardiaque, bien que la malade n'ait jamais eu antérieurement de rhumatisme articulaire aigu. Après six semaines de séjour à l'hôpital, elle sort relativement soulagée. En mai 1898, elle revient à l'hôpital, où on lui trouva, dit-elle, une pneumonie. Elle raconte qu'elle avait alors des crachats sanguinolents et qu'on lui fit sucer de la glace. Enfin, le 19 novembre 1899, elle est admise de nouveau ; elle se plaint surtout d'étouffements.

Examen de la malade. — On constate alors une dyspnée très marquée, avec rythme de Cheyne-Stockes : les pommettes sont violacées, les yeux brillants, injectés, les jugulaires gonflées ; il n'y a pas d'œdème aux membres inférieurs.

A l'auscultation de la poitrine : gros râles de bronchite disséminés dans les deux poumons ; pas de bronchite fine. A l'auscultation du cœur, on perçoit un bruit de souffle systolique à la pointe et diastolique à la base. Les cavités droites sont dilatées, la percussion montre la limite du cœur à droite à un centimètre et demi du bord droit du sternum. La pointe est très abaissée et très déjetée en dehors ; elle

bat dans le 6^e espace intercostal. Le pouls est irrégulier et tendu : 130 pulsations à la minute.

Le foie est douloureux à la percussion et dépasse de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes. Il y a une notable quantité d'albumine dans les urines. — La malade accuse des crampes fréquentes dans les mollets, de la pollakiurie nocturne (elle se lève cinq à six fois la nuit pour uriner), et des maux de tête assez violents, la douleur siégeant surtout dans la région occipitale.

Les jours suivants, sous l'influence du repos et de la théobromine, les signes de bronchite s'atténuent, la dyspnée s'amende, le pouls se régularise, et la malade urine deux litres et demi dans les 24 heures, mais elle a toujours ses maux de tête.

Le 27 novembre, on trouve au niveau de la partie interne et supérieure de la cuisse, près du pli de l'aîne du côté droit, une éruption de vésicules d'herpès disposées en groupes sur un fond érythémateux ; il s'agit à n'en pas douter d'une éruption de zona. En arrière, à droite également et près du coccyx, il y a aussi quelques vésicules. On remarque de suite que cette localisation ne correspond à aucun territoire nerveux, mais que le zona affecte ici la disposition métamérique, et que ce siège répond au territoire de la 3^e paire sacrée (1). Chose curieuse, cette éruption se produit sans la moindre douleur. On supprime alors la théobromine.

Le 29, nouvelle poussée de vésicules d'herpès au niveau

(1) Voir Brissaud : Leçons sur les maladies nerveuses, Tome II, page 77.

de la partie antérieure de la cuisse jusqu'au genou et laissant libre un triangle à base répondant au pli de l'aîne, et à sommet inférieur situé au niveau de la partie médiane de la cuisse, territoire répondant à la 4^e lombaire. A la région postérieure, nouvelles vésicules également à la partie interne de la fesse, près du sillon interfessier en haut, territoire de la 3^e paire sacrée. Enfin, nouvelle éruption à la partie interne de la cuisse sur une étendue de deux travers de doigt, territoire de la 4^e paire lombaire. Pendant ces poussées, c'est-à-dire à partir du 27 novembre, légère élévation de la température, qui atteint et même dépasse un peu 38°.

Le 30 novembre, la malade se plaint de douleurs assez vives sur la face antérieure de la cuisse et en arrière.

Les vésicules confluent et commencent à se dessécher les jours suivants. On rend à la malade de la théobromine ; mais ce médicament est sans effet et on le supprime au bout de quelques jours.

Le 7 décembre, l'éruption a disparu, laissant quelques traces et quelques croûtelettes à la partie inféro-interne de la cuisse. Pas de troubles de la sensibilité, seulement une parésie légère du membre inférieur droit.

Le 10 décembre. la bronchite et la dyspnée reparaissent. Le cœur droit est de nouveau dilaté. — Caféine. Sous l'influence de ce médicament, l'état général s'améliore les jours suivants.

Le 22 décembre, la malade urine dans son lit depuis une huitaine de jours. L'état général est assez satisfaisant ; la dyspnée pas très marquée, mais la malade conserve toujours une céphalée assez intense, témoignant de l'insuffisance de sa dépuratation urinaire.

Le 24, on note quelques crachats sanglants.

Le 26, dans la matinée, selle sanglante avec un gros caillot. La malade se plaint d'une douleur épigastrique. Vers neuf heures du soir, hémorragie intestinale assez abondante ; mélcœna.

Le 27, l'état général s'est fort aggravé. La respiration suit le rythme de Cheyne Stokes, la malade est dans le coma depuis le matin. Pas de température ; le pouls est assez plein et donne 102 pulsations par minute. On pratique une saignée de 450 grammes et une injection de sérum artificiel ; oxygène. — La malade succombe dans l'après-midi.

Autopsie, faite le 29 décembre. — On est frappé de ce fait que tous les organes sont pâles, presque exsangues. Les poumons sont emphysémateux, et il y a de l'œdème pulmonaire ; pas d'autre lésion appréciable de ce côté.

Le cœur est gros, le ventricule gauche très hypertrophié ; la valvule mitrale est manifestement insuffisante (l'épreuve de l'eau n'a pas été faite) : l'oreillette droite est très dilatée ainsi que l'aorte qui est convertie de plaques jaunâtres d'athérome.

Le foie est à peu près sain ; pourtant il y a comme un épaississement de la capsule de Glisson, le vésicule biliaire est remplie par une douzaine de calculs un peu plus gros que des pois.

L'estomac paraît sain ainsi que le duodénum ; ils ne contiennent pas de sang ; mais à 40 centim. environ du pylore l'intestin grêle prend une teinte rouge noirâtre et on constate qu'il est rempli de sang ; malgré un lavage fait avec soin on n'y trouve aucune ulcération.

Les reins sont petits, sclérosés, durs ; on les décortique

difficilement : la capsule est adhérente. La substance corticale est atrophiée ; il y a quelques productions kystiques.

Analyse de ces observations

De ces trois éruptions la première est survenue au cours d'une néphrite subaiguë, et quelques semaines seulement après le début des accidents. Les deux autres se sont produites au cours d'une néphrite chronique et à une période avancée de la maladie, bien après l'apparition des premiers accidents urémiques.

Pour le premier cas, le zona ayant disparu quand le malade est entré à l'hôpital, nous n'avons aucun détail sur cette éruption. Chez la malade de l'obs. III, nous remarquons, que l'éruption s'est faite par plusieurs poussées successives, ce qui n'est pas rare, comme nous l'avons déjà vu.

Au point de vue de l'élément névralgique, la douleur a été très vive chez le malade de l'obs. II ; chez la malade de l'observ. III il y a eu des douleurs aussi, mais elles étaient d'une intensité moyenne et, fait assez curieux qui se voit parfois, elles ne sont survenues qu'après l'éruption au lieu de la précéder.

Dans l'obs. II, une partie de l'éruption suit le trajet des nerfs intercostaux, l'autre partie affecte la

disposition métamérique. Chez la malade de l'obs. III l'éruption s'est faite très nettement suivant les localisations métamériques et conformément aux planches du livre de M. Brissaud (1) ; si on se reporte à ces planches on voit que l'éruption était localisé aux territoires correspondant à la 4^me paire lombaire et à la 3^me sacrée.

Chez ces deux malades il n'y a pas eu de symptômes généraux comme on en voit dans « l'herpès essentiel » ; pas de nausées, pas de vomissements, pas de fièvre chez le malade de l'obs. II ; dans la troisième observation on note pourtant une légère élévation thermique pendant les jours où l'éruption s'est produite. Enfin, chez cette même malade, est survenue, à la suite de son zona, une légère parésie de tout le membre inférieur du même côté, sans localisation précise à un groupe musculaire donné, et sans que cette parésie s'accompagnât d'aucun trouble de la sensibilité.

Tels sont les détails qu'il nous a paru intéressant de relever dans ces observations.

(1) Brissaud. — Leçons sur les maladies nerveuses. Tome II, page 77.



VIII

Particularités cliniques du zona dans les intoxications.

De l'ensemble des observations que nous avons analysées nous allons essayer d'esquisser le tableau clinique du zona dans les intoxications, et voir si, dans ces cas, il ne présente pas des caractères particuliers.

Au point de vue de son siège, on peut dire, s'il faut en croire les observations réunies dans ce travail, que le zona de la face et des membres est fréquent, puisque sur nos seize observations, on le trouve 4 fois à la face et 4 fois aux membres. Pour ce qui est de sa localisation exacte, en général les auteurs disent que l'éruption suit le trajet des nerfs. Mais il ne faut pas oublier que la plupart de ces observations ont été prises à une époque où la notion des métamères était encore inconnue ou peu nettement établie, et il est possible que, pour un certain nombre d'entre elles, l'éruption ait affecté la disposition métamérique. Quoi

qu'il en soit, pour le cas qui nous est personnel (Obs: III du zona dans l'urémie), cette disposition particulière était incontestable ; elle exista aussi dans l'obs. II du même chapitre. On peut supposer qu'à l'avenir ces faits deviendront plus nombreux, lorsqu'ils seront mieux connus.

Un fait particulier, que nous avons noté plusieurs fois, c'est l'évolution de l'éruption par poussées successives. On ne peut guère tirer conclusion de cette remarque, à moins qu'on ne voit là l'indice d'un rapport étroit entre l'éruption et l'intoxication, le poison disséminant ses effets sur le système nerveux.

Nous remarquons encore que les troubles de la sensibilité et de la motilité ont été rarement signalés ; peut-être n'ont-ils pas toujours été recherchés. En tous cas, ce fait est à rapprocher du suivant : l'absence parfois complète de douleurs, ou l'existence de douleurs peu marquées, ce qui est l'exception dans le zoster vrai, dans le zona « essentiel ». Du reste, dans nos observations, les phénomènes généraux font pour ainsi dire toujours défaut : pas de troubles digestifs, pas de nausées ni de vomissements au moment de l'invasion du zona. On ne signale pas non plus de fièvre ; pourtant, chez la malade que nous avons vue, il y eut une légère élévation de température pendant les jours de l'éruption.

Pourquoi cette absence ou cette diminution de la douleur, comme du reste cette absence de phéno-

mènes généraux ? Serait-ce parce que le système nerveux, déjà profondément troublé et impressionné par l'intoxication première, réagit moins ? C'est une hypothèse qu'on peut soutenir ; mais ce n'est qu'une hypothèse. Quoiqu'il en soit, il apparaît assez nettement que ces cas de zona ont une allure clinique un peu différente de celle du zona typique, du zona « essentiel » qui offre le tableau d'une maladie infectieuse, d'une véritable fièvre éruptive. Il faut donc, avec M. le Professeur Landouzy (1), séparer ces éruptions zostériformes, comme il les appelle, du vrai zona ou zona essentiel.

Il ne faut pas toutefois exagérer cette distinction. Il est certain que d'une manière générale, s'il y a une différence d'allure entre ces deux variétés d'herpès zoster, il ne faut pas croire pour cela qu'elles soient nettement distinctes l'une de l'autre au point de vue clinique. Ainsi la douleur qui est souvent nulle ou peu marquée dans les éruptions zostériformes, peut aussi faire défaut dans le zona essentiel. Il en est de même des troubles gastro-intestinaux et de la fièvre qui peuvent faire défaut même dans un zona primitif, maladie essentielle. C'est ce qu'a fort bien fait ressortir M. le professeur Brissaud (1), qui croit à la nature infectieuse, mais non à la spécificité du zoster essentiel.

(1) Landouzy. *Semaine médicale*, septembre 1883.

(1) Brissaud. *Leçons sur les maladies nerveuses*, t. II, p. 37 et suivantes.

En terminant, une question se pose tout naturellement devant nous ; la voici : quel est le rapport exact entre les intoxications et les éruptions de zona survenant dans ces cas ? Nous ne pouvons admettre en effet qu'il n'y ait là qu'une simple coïncidence.

Y a-t-il un rapport direct de cause à effet ? Ou bien l'intoxication est-elle seulement une cause prédisposante ? Sont-ce les poisons qui, par leur action directe sur les cellules nerveuses et sur leurs prolongements, déterminent la névrite et l'éruption herpétique en rapport avec elle ? Si on admet cette hypothèse, comment expliquer alors le zona essentiel, puisque nous venons de voir qu'on ne peut pas le séparer des zona secondaires, symptomatiques ? — D'un autre côté, si on admet que le zona est une maladie infectieuse et spécifique, on peut supposer alors que cette maladie infectieuse, survenant au cours d'une intoxication comme affection surajoutée, soit modifiée dans ses allures : dans cette hypothèse, l'intoxication ne serait plus ici qu'une cause prédisposante, et la question serait tranchée.

Malheureusement la spécificité du zona est loin d'être encore démontrée. Il est vrai que Pfeiffer a décrit un protozoaire, que Wasilewski a retrouvé dans les parties de la peau infectées ; mais ce micro-organisme n'a pu être isolé, ni cultivé, ni inoculé avec succès, et s'il y a des arguments en faveur de la spéci-

ficité du zona, il en est aussi qui sont contraires à cette hypothèse (1).

En résumé, il est, on le voit, impossible de déterminer le rapport exact qui existe entre les éruptions zostériennes et les intoxications, et cette question ne pourra être tranchée que le jour où on sera fixé d'une manière définitive sur la pathogénie du zona en général. C'est sans doute à la bactériologie qu'il appartiendra un jour de résoudre ce problème.

(1) Brissaud. — Loc. cit.



Conclusions

1. — Le zona est une complication qui paraît assez rare au cours des intoxications en général, qu'il s'agisse d'intoxications par un corps chimiquement défini, ou des auto-intoxications d'ordre complexe comme le sont celles du diabète et de l'urémie.

2. — L'herpès zoster dans ces cas affecte une physionomie clinique un peu différente de celle qu'il présente dans le zona essentiel : les phénomènes généraux n'existent guère, et la douleur est souvent peu marquée, ou même parfois nulle. Malgré cela, on ne peut séparer d'une manière absolue ces cas d'éruptions zostériennes du zona essentiel.

3. — Bien qu'il nous soit impossible actuellement de préciser le rapport qui existe entre l'éruption de zona et l'intoxication, nous croyons néanmoins qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence, mais qu'il y a un rapport réel entre l'une et l'autre.

Vu : Le Président de Thèse,
BRISSAUD.

Vu : Le Doyen.
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Index Bibliographique

- BALDET. — Pathogénie du zona. Thèse de Paris, 1894-95.
- BOULANGER. — Zona infectieux. Thèse de Paris, 1884-85.
- BRADLEY. — L'Iodisme. Thèse de Paris, 1887.
- BRISSAUD. — Leçons sur les maladies nerveuses. Tome II, 1899.
- Thèse d'agrégation, 1886.
- BRUNEAU. — Intoxication par l'oxyde de carbone. Thèse de Paris, 1892-93.
- CLÉMENT. — Zona et pneumonie. Thèse de Paris, 1896-97.
- COMBY. — Bulletins de la Société Médicale des hôpitaux. Année 1891, page 584.
- DEBRAY. — Zona épidémique et infectieux. Thèse de Paris, 1893-94.
- DELEBECQUE. — Traitement du zona par l'acide picrique. Thèse de Paris, 1899.
- FIQUET. — Intoxication d'origine carnée. Thèse de Paris, 1893-94.
- GAUCHERAND. — Eruptions cutanées dans l'hydrargyrisme. Thèse de Paris, 1885-86.
- HUTCHINSON. — Ophthalmic Hospital Reports, vol. 6, 1869.

JACQUET. — Bulletins de la Société Médicale des hôpitaux, 6 mai 1898.

LEROUX. — Zona chez les tuberculeux. Thèse de Paris, juillet 1888.

LANDOUZY. — Semaine médicale. Septembre 1883.

LEUDET. — Archives générales de médecine, mai 1865.

LOMIER. — Etiologie du zona. Thèse de Paris, 1879.

PERSY. — Manifestations cutanées de l'urémie. Thèse de Paris, 1886-87.

PLUYETTE. — Marseille médical, 1889, page 143.

RENDU. — Union Médicale, 1882 et 1891.

ROUHER. — Zona prémonitoire de la tuberculose, 1896-97.

SULZER. — Zona ophtalmique. Thèse de Paris, 1897-98.

TROUCHAUD. — Manifestations cutanées de l'iodisme. Thèse de Paris, 1894-95.

VERGELY. — Progrès médical, 26 septembre 1891.

